

ابعاد سلامت در تجربیات زنان دیابتی ایرانی: یک مطالعه پدیدارشناسی

سوسن ولیزاده*^۱، معصومه آقامحمدی^۲، عیسی محمدی^۳، حسین ابراهیمی^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱۱/۲۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۲/۲۱

چکیده

پیش زمینه و هدف: برای رسیدن به رویکرد کل نگر در مراقبت از بیماران، آگاهی از ادراکات بیماران از سلامتی خود، امر مهمی است؛ لذا مطالعه حاضر با هدف تبیین معنای سلامت در زنان دیابتی انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه با روش کیفی پدیدارشناسی انجام گرفت. ۲۲ زن دیابتی که تجربه حداقل یک سال ابتلا به دیابت نوع دو را داشته و مایل به بیان این تجربیات بودند با نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. داده‌ها با مصاحبه‌های نیمه ساختاری جمع آوری گردید. تمام گفتگوها ضبط و به طور کامل نوشته شد و همزمان آنالیز با روش ون مانن شروع گردید.

یافته‌ها: مفهوم سلامت در پاسخ‌های شرکت کنندگان چندبعدی بوده و در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی قرار می‌گرفت که ارتباط مستحکمی بین آن‌ها وجود داشت. ابعاد روانی و معنوی سلامت مهم‌تر از دو بعد دیگر عنوان شدند. بیشتر پاسخ‌های شرکت کنندگان در بعد جسمی، بیانگر توجه آن‌ها به داشتن استقلال بود. داشتن آرامش و ظهور بیماری به عنوان خواست خدا نیز از مهم‌ترین نکات مطرح شده در ابعاد روانی و معنوی بود.

بحث و نتیجه گیری: شرکت کنندگان صرف نداشتن بیماری جسمی را نشانه سلامتی ندانستند. توجه بیماران به ابعاد مختلف سلامت و به خصوص ابعاد روانی و معنوی می‌تواند نشان‌دهنده این باشد که در صورت عدم احساس سلامتی در بعد جسمی، با مداخله در سایر ابعاد می‌توان این امکان را فراهم آورد تا بیماران بتوانند هم در بعد جسمی و هم در ابعاد دیگر، احساس سلامتی نمایند.

کلید واژه‌ها: سلامت، دیابت، زنان، پدیدارشناسی، ایران

دو ماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دهم، شماره سوم، پی در پی ۳۸، مرداد و شهریور ۱۳۹۱، ص ۴۴۹-۴۵۶

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تلفن: ۰۹۱۴۳۰۹۸۶۵۰

Email: Valizadehs@tbzmed.ac.ir

مقدمه

آموزش وسیع، تغییر در سبک زندگی و تطابق طولانی مدت دارد

(۲). برای مدیریت بیماری دیابت و بهبود سلامتی، مراقبت از

خود، امری اساسی است (۳). امروزه مدارک روشنی وجود دارد

که نشان می‌دهد فعالیت‌های مراقبت از خود خوب، می‌تواند

عوارض بیماری را به تعویق انداخته و کیفیت زندگی بیمار را

بهبود دهد. در این راستا نقش باورها و اعتقادات خود افراد در

مورد سلامت بسیار مهم و حیاتی می‌باشد (۴). به نظر می‌رسد

افرادی که با یک بیماری مزمن نظیر دیابت زندگی می‌کنند

اغلب با مشکلات عدیده ای روبرو می‌شوند که روی کیفیت

زندگی مرتبط با سلامتی آن‌ها تأثیر می‌گذارد (۱). احتمال اینکه

دیابت در مقایسه با سایر بیماری‌های مزمن تأثیر بیشتری بر

احساس سلامتی فرد داشته باشد، بالا است زیرا کنترل و مدیریت

دیابت یک بخش اساسی از زندگی روزمره است که نیاز به

^۱ دکتری پرستاری، استادیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز (نویسنده مسئول)

^۲ کارشناس ارشد پرستاری، دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

^۳ دکتری پرستاری، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس تهران

^۴ دکتری پرستاری، استادیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

باورهای سلامت نقش عظیمی در پذیرش درمان بیماران دیابتی و در نتیجه پیامدهای بیماری داشته باشد (۵) و این در حالی است که مطالعات کمی در زمینه باورهای سلامت بیماران دیابتی در دنیا انجام شده است. مطالعه مقایسه باورهای سلامت زنان و مردان دیابتی در اوگاندا نشان داده که مردان بیشتر به عوامل اجتماعی-اقتصادی به خصوص تهیه داروها، عملکرد جنسی و سبک زندگی و زنان به مسائلی چون خوشی، حمایت در زندگی روزمره و کارهای منزل تاکید داشته‌اند (۶). همچنین مطالعه‌ای که باورهای سلامت افراد دیابتی را در نژادهای مختلف مطالعه کرده نشان می‌دهد اگرچه سلامتی در هر سه گروه سوئدی، یوگسلاو و عرب به صورت رهایی از بیماری توصیف شده ولی سه رفتار مراقبت از خود متفاوت در آن‌ها مشخص شده به طوری که سوئدی‌ها، سبک زندگی سالم و کنترل شده و مراقبت از خود فعالی داشتند. یوگسلاوها بر لذت بردن از زندگی تاکید داشته و نگرش مراقبت از خود غیر فعالی داشتند و تاکید عرب‌ها بیشتر بر خوشی روانی و تطابق با بیماری بوده و کمتر به دنبال اقدامات مراقبتی بودند (۷-۹). بر اساس انتشارات مرکز مشاوره تحقیقات علوم پزشکی، استراتژی تحقیقات دیابت نیاز به مطالعه باورهای سلامت افراد دیابتی در نژادها و فرهنگ‌های مختلف را مورد تاکید قرار داده است (۱۰) چرا که انجام مراقبت قابل قبول از بیماران دیابتی، نیازمند آگاهی از معنای سلامت از دیدگاه منحصربه‌فرد آن‌ها است (۱۱).

شناخت تجربه سلامت در بیماران دیابتی به طور کل و در زنان دیابتی که تعداد بالایی از این بیماران را تشکیل می‌دهند و سلامت آن‌ها با سلامت خانواده پیوند می‌خورد می‌تواند روی خط مشی‌ها، فرایندهای عملی و مراقبت در این گروه تأثیر بگذارد، ضمن این که بدنه دانش پرستاری را برای بهبود کیفیت و دسترسی به مراقبت سلامت توسعه خواهد داد؛ لذا ضرورت انجام مطالعه حاضر با هدف تشریح معنای سلامت در زنان دیابتی جهت

کمک به ارتقای سلامت در این گروه از بیماران و حفظ و ارتقای سلامت در خانواده و جامعه احساس می‌شود.

مواد و روش‌ها

مطالعه کیفی حاضر با رویکرد پدیدارشناسی انجام شد تا به درک عمیق‌تری از پدیده سلامت در زنان دیابتی دست یابد. با این روش، محقق بررسی پدیده را از تجارب زنده شرکت کنندگان در تحقیق شروع می‌کند، توصیف آن‌ها را از تجربه‌هایشان بدست می‌آورد و سپس از طریق مباحثات و گفتگوهای مهم با شرکت کنندگان و اعضای تیم پژوهش، قادر به درک ماهیت پدیده مورد نظر می‌شود (۱۲).

شروع مطالعه با کسب مجوز از کمیته اخلاق پژوهش معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شد، بعلاوه رضایت نامه آگاهانه از تمامی شرکت کنندگان اخذ گردید.

محیط و جامعه پژوهش

مطالعه در سال ۱۳۸۹ انجام شد. انتخاب اولیه شرکت کنندگان با روش نمونه گیری مبتنی بر هدف از بین زنانی بود که با تشخیص قطعی بیماری دیابت نوع ۲ به درمانگاه دیابت بیمارستان امام خمینی اردبیل مراجعه کرده و حداقل یک سال از تشخیص و شروع درمان آن‌ها گذشته باشد. محقق سعی کرد زنان دارای سابقه ابتلای متفاوت، مجرد و متأهل، شاغل و خانه‌دار و با سطوح تحصیلات متفاوت را انتخاب کرده و در صورت تمایل و توان بیان تجربیات شخصی وارد مطالعه نماید. روش انجام کار به این صورت بود که محقق با مراجعه به مرکز دیابت بیمارستان امام خمینی اردبیل و ارائه اهداف خود به مسئولین بخش، بیماران زن دیابتی را که تجربه زندگی با بیماری را داشته و قادر به انتقال خوب آن‌ها بودند، شناسایی نمود.

در جلسه اول آشنایی در مورد اهداف کار و علاقه و تمایل آن‌ها برای شرکت در مطالعه با آن‌ها صحبت شد و در صورت

تمایل، فرم‌های مربوط به رضایت شخصی جهت شرکت در مطالعه و مشخصات دموگرافیک پر شده و زمان تماس بعدی و مکان آن هماهنگ گردید و در مراجعه بعدی، مصاحبه نیمه ساختاری به صورت فردی و رودرو با آن‌ها شروع شد. با توجه به این که فرایند تحقیق، مبتنی بر استدلال استقرایی بوده و تعریف پدیده مورد بررسی در طی تحقیق تکامل می‌یابد و جمع‌آوری داده‌ها تا رسیدن به مرحله اشباع یعنی تا زمانی که نمونه‌های جدید، داده‌های قبلی را تأیید کنند و اطلاعات جدیدی به داده‌های قبلی اضافه نکنند ادامه می‌یابد (۱۲). لذا تعیین تعداد نمونه‌ها از ابتدا مقدور نبود. با این حال در مصاحبه بیستم به نظر رسید پاسخ‌های ارائه شده تکراری بوده و مطلب جدیدی به داده‌ها اضافه نمی‌گردد، لذا برای اطمینان از فرایند اشباع داده‌ها مصاحبه با دو نفر دیگر ادامه یافت و آنالیز بر روی ۲۲ مصاحبه انجام گرفت.

جمع‌آوری داده‌ها

از روش مصاحبه نیمه ساختاری به صورت فردی و رودرو برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد و همزمان محقق مشاهدات خود را در خصوص رفتارهای غیرکلامی مثل حالات چهره، تن صدا، واکنش‌های هیجانی و یا نکات مبهم در جلسه یادداشت کرده و در زمان آنالیز مورد توجه قرار داد. مصاحبه‌ها بر اساس راحتی شرکت‌کنندگان در زمان و مکان مناسب انجام گرفت و مدت زمان هر مصاحبه حدود ۴۵-۶۰ دقیقه بود.

مصاحبه با سؤالات کلی زیر شروع شد و سؤالات بعدی با توجه به پاسخ‌های شرکت‌کنندگان در مصاحبه تعیین گردید: احساسات در زمان تشخیص بیماری دیابت چه بود؟ احساسات را نسبت به وضعیت سلامت خود توضیح دهید؟ از زمانی که مبتلا به دیابت شدید، چه تأثیری بر زندگی شما گذاشته است؟

پس از آرایه پاسخ توسط مشارکت‌کننده سؤالات اکتشافی، پیگیری‌کننده و عمق‌دهنده برای بدست آوردن داده‌های غنی و کشف‌کننده معانی عمیق‌تر و پنهان مثل لطفاً در این مورد بیشتر

توضیح دهید؟ معنی این چیست و می‌توانید مثالی از این احساس برایم بزنید تا من این احساس شما را بهتر درک کنم؟ از مشارکت‌کنندگان پرسیده شد.

آنالیز داده‌ها

همزمان با جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با روش ون مانن مورد آنالیز قرار گرفتند. رویکرد ون مانن ترکیبی از مشخصات روش پدیدارشناسی توصیفی و تفسیری با هدف درک و فهم جوهره پدیده‌هاست (۱۳). به منظور دستیابی به جوهره یک پدیده و تم‌های مرتبط با آن، غرق شدن در داده‌ها امر مهمی است (۱۲)، به همین منظور پس از هر مصاحبه، متن ضبط شده به دقت گوش داده شد و به طور دقیق و کلمه به کلمه یادداشت گردید.

بر اساس روش ون مانن سه رویکرد برای جدا کردن جنبه‌های مضمونی از یک متن وجود دارد: رویکرد کل نگر، انتخابی و جزء نگر یا خط به خط (۱۳). در این پژوهش از رویکرد انتخابی استفاده شد. برای این منظور، متن هر مصاحبه چندین بار خوانده شد و جملات یا عباراتی که به نظر می‌رسیدند مربوط به پدیده توصیف شده یا آشکارکننده آن هستند، انتخاب شدند. به منظور استخراج مضامین اصلی، داده‌های مشابه با هم ادغام شده و فرایند تقلیل داده‌ها انجام گرفت. نوشتن و بازنویسی مضامین به محققین کمک کرد تا عمل تفسیر را انجام دهند.

نتیجه نهایی، ایجاد توصیفات روایی از جوهره پدیده سلامت در زنان دیابتی بود. در نهایت تم‌های استخراج شده طبقه‌بندی شدند. دقت یافته‌های مطالعه با استفاده از چهار معیار اعتبارپذیری، اعتمادپذیری، قابلیت انتقال و تأییدپذیری لینکلن و گابا (۱۴) افزایش داده شد. محققین سعی کردند معیارهای فوق را با استفاده از روش‌های مختلفی نظیر اختصاص زمان کافی برای جمع‌آوری داده‌ها، کمک گرفتن از نظرات تعدادی از صاحب‌نظران تحقیقات پدیدارشناسی، برگرداندن نتایج به مشارکت‌کنندگان و تأیید اینکه کدهای استخراج شده از متن مصاحبه،

انعکاس دهنده منظور آن‌ها از بیان جملات مذکور بوده برآورده سازند.

دستش، پاش، قلبش و همه جای بدنش خوب کار بکنن" (شرکت کننده ۱۲).

یافته‌ها

میانگین سنی زنان دیابتی مشارکت کننده در تحقیق ۴۸ سال (با دامنه سنی ۵۹-۳۵) و میانگین ابتلا به بیماری ۶ سال (۱۳-۱/۵) بود. از نظر تحصیلات، ۸ نفر دارای تحصیلات دانشگاهی، ۶ نفر تحصیلات متوسطه و بقیه تحصیلات ابتدائی و راهنمائی داشتند. ۱۶ نفر از داروهای خوراکی پائین آورنده قند خون (گلی بن کلامید و مت فورمین)، ۴ نفر از انسولین و ۲ نفر نیز از ترکیب انسولین و مت فورمین برای درمان بیماری استفاده می کردند. بعد جسمی سلامت:

پاسخ‌های شرکت کنندگان در بعد جسمی سلامت به دو طبقه اصلی تقسیم شدند. طبقه اول یا سلامتی تن که به جسم و عملکرد آن ارتباط دارد. پاسخ‌های ارائه شده در این قسمت بیشتر به عدم وجود بیماری جسمی و عملکرد طبیعی بدن مربوط بودند. پاسخ‌های مربوط به سلامت جسمی شامل عباراتی نظیر «بیمار نبودن» و «عدم نیاز به دوا و دکتر» بود. همچنین بیشتر شرکت کننده‌ها، نبود نشانه‌های بیماری مثل «درد» را به سلامت جسمی نسبت می دادند. عملکرد جسمی خوب مثل «خواب راحت داشتن» و «عملکرد خوب اعضای بدن» از ویژگی‌های دیگر سلامت تن بود. نقل قول‌های زیر به وضوح بیانگر مطالب فوق است:

"مریض کسیه که تو بدنش درد داره و قرص می خوره. آدم سالم که دارو نمی خوره. آدمی که یه مشکل عصبی داره یا یه مشکل جسمی داره دوا می خوره. مثلاً اگه من سالم بودم الان تو بیمارستان چیکار می کردم؟" (شرکت کننده ۷).

"سالم کسیه که تو زندگیش چه از نظر جسمی و چه از نظر روحی و عقلی سالم باشه و تمام اعضای بدنش خوب کار بکنن.

طبقه دوم تعریف سلامت در بعد جسمی به فعالیت بدنی ارتباط داشت. مهم ترین مسئله‌ای که بیشتر شرکت کننده‌ها در معنای سلامت به آن اشاره داشتند «محتاج نبودن به دیگران» بود. عباراتی نظیر «توانائی سرپا بودن»، «توانائی انجام کارهای خود»، «توانائی انجام فعالیت‌های قبل از بیماری» از جمله بیاناتی بود که در گفته‌های بیشتر شرکت کننده‌ها شنیده می شد. شرکت کننده شماره ۱۵ با عبارت زیر به این مسئله اشاره کرده است:

"اگه فرد به کسی محتاج نباشه و قادر به انجام کارهای خودشو باشه، حتی اگه از نظر جسمی مشکلی هم داشته باشه می شه گفت آدم سالمیه. اگه فردی بتونه کارهای خودشو انجام بده برای چی بگیم مریض؟" (شرکت کننده ۱۱).

جنبه دیگر این بعد توانمندی در انجام فعالیت‌هایی است که سلامتی فرد را بهبود می بخشد. نمونه‌هایی از این فعالیت‌ها که توسط بیشتر شرکت کننده‌ها به آن‌ها اشاره گردید عبارتند از: «رعایت کامل رژیم غذایی»، «انجام ورزش و پیاده روی» و «مصرف به موقع داروها». برای مثال شرکت کننده شماره ۱۵ معتقد بود:

"ملاحظه یکسری نکات باعث شده که زندگیم عادی باشه و بیماری روی زندگیم تأثیر به خصوصی نداشته باشه. خوردنمون عادیه فقط یه کم روش پختنمون فرق کرده. از نظر جسمی لاغر شدم و حدود ۷ کیلو وزنم کم شده. با اینکه دکتر گفته می تونی بخوری ولی خب دیگه عادت کردم. اوایل با غذای کم سیر نمی شدم ولی الان گرسنه نمیشم، ورزش و پیاده روی هم در حد امکان سعی می کنم روزانه حداقل نیم ساعت یا چهل و پنج دقیقه داشته باشم. با این کارا احساس سلامتی بیشتری می کنم و روحیم خوب می شه" (شرکت کننده ۱۳).

بعد روانی:

بعد روانی سلامت به سه طبقه اصلی پذیرش خود، داشتن آرامش خاطر و داشتن زندگی موفق تقسیم بندی شد. عباراتی نظیر «رفتار کردن مثل یک فرد عادی»، «داشتن نگاه مثبت به بیماری»، «داشتن صبر و تحمل در برابر بیماری» و «فکر نکردن به مشکلات» نشانگر فعالیت‌هایی است که زنان دیابتی شرکت کننده در مطالعه جهت حفظ سلامت روانی خود برای کنار آمدن با بیماری انجام می‌دهند. عبارات زیر که توسط «شرکت کننده ۳» بیان شده نشانگر همین موضوع است:

"چون وابسته به خدا هستم خیلی به خاطر بیماریم ناراحت نمی‌شم. چون بیماری و مصلحت و قسمت خدا می‌دونم و می‌گم اگه خدای نکرده دیابت نمی‌گرفتم و برای یکی از بچه‌هام مشکلی پیش می‌اومد یا بلایی سر شوهرم می‌اومد و من با بچه‌هام تنها می‌موندم چیکار می‌کردم. آدم که کار خدا رو نمی‌دونه و من باید در برابر مشکلات، صبر و تحمل داشته باشم."

همچنین اکثر شرکت کننده‌ها به «بی خیال بودن»، «لذت بردن از زندگی»، «بشاش بودن»، «داشتن روحیه شاد» و «نداشتن استرس و اضطراب» برای داشتن آرامش خاطر اشاره داشتند. ضمن اینکه داشتن موفقیت‌های زندگی و شغلی را امر مهمی برای احساس سلامتی تلقی کرده و حتی موفقیت‌های تحصیلی و شغلی فرزندان خود را عامل بسیار مهمی در افزایش توانایی مقابله با بیماری خود بیان می‌نمودند.

"انسان زمانی احساس سلامتی می‌کنه که شاد باشه. من با اینکه دیابت دارم، ولی اگه تو خونه، بچه‌های من تو آرامش باشن شاید این بیماری و راحت تر تحمل کنم. اگه خانوادم مشکلی نداشته باشن احساس سلامتی می‌کنم با این که از نظر جسمی می‌دونم که مریضم ولی اگه تو خانواده مشکلی نباشه، بیماری به رام راحت تره و راحت تر نفس می‌کشم" (شرکت کننده ۲۰).

بعد معنوی:

با توجه به جامعه مذهبی ایران، نقش بعد معنوی در سلامت شرکت کنندگان در مطالعه پررنگ‌تر بود. افراد شرکت کننده، ارتباط با خدا را در سلامت خود بسیار موثر می‌دانستند. عباراتی همچون «انجام نماز و روزه»، «رفتن به مساجد و اماکن زیارتی»، «دعا کردن» و «صلوات فرستادن» عباراتی بود که تقریباً در بیانات تمامی شرکت کننده‌ها قابل مشاهده بود. تعدادی از شرکت کنندگان نیز در تعریف سلامت خود بر «درست زندگی کردن»، «تقید به اخلاقیات و پای بندی به اصول»، «نداشتن ذهن منحرف»، «عدم آزار و اذیت دیگران» و «بدبین نبودن به دیگران» تاکید داشتند.

"کسی که درست زندگی کنه، در راه خدا قدم برداره، ناحقو حق نکنه، به حقوق کسی دست اندازی نکنه اون فرد سالمه. تو زندگی هم سالم زندگی می‌کنه و تو خورد و خوراکشم مراقبه. زیاده‌روی نمی‌کنه. چیزایی که فردو دچار مشکل می‌کنن نمی‌خوره مثل روغن و گوشت. وگرنه کسی که هر چیزی جلوش می‌آد می‌خوره و نمی‌دونه حلاله یا حرام، سالم نیست. فردی که فقط از نظر جسمی مشکل نداره نمی‌توان گفت سالمه. ممکنه فرد جسماً سالم باشه و یه بار هم جایی از بدنش درد نکرده باشه ولی ذهن منحرفی داشته باشه و فرد منحرفی باشه، اینم سالم نیست" (شرکت کننده ۲).

تقریباً تمام شرکت کنندگان، بیماری را خواست خدا دانسته و سلامتی را به عنوان بهترین و بزرگ‌ترین نعمت خدادادی مطرح کرده و معتقد بودند که انسان‌ها باید شاکر نعمت‌های خداوند و به خصوص نعمت بزرگ سلامتی باشند.

"سلامتی اگه باشه خیلی خوبه و جای شکر داره. بهر حال با همین وضعیت فعلی هم جای شکر داره چون می‌تونم راه برم و کارامو انجام بدم. من همیشه شاکرم. این بیماری و مصلحت خدا

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر که از روش کیفی پدیدارشناسی برای کشف معنای سلامت از دیدگاه زنان دیابتی استفاده کرده، داده‌های عمیقی را در زمینه پدیده سلامت در این بیماران فراهم نمود. یافته‌های این پژوهش، نمونه‌ای از تجربیات زنان دیابتی است که سلامت را در زمان بیماری تشریح کرده است.

مهم‌ترین نکته‌ای که از یافته‌های این پژوهش حاصل شد، این بود که پدیده سلامت در زنان دیابتی به صورت چندبعدی توصیف شده و در آن به ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی سلامت که مورد تاکید بسیاری از متون می‌باشد، اشاره گردیده است (۱۵، ۱۶). توجه بیماران به ابعاد مختلف سلامت می‌تواند ما را متوجه این مسئله نماید که لازم است در برنامه‌ریزی‌های مربوط به ارتقای سلامت و در مراقبت از این بیماران، کلیت افراد مورد توجه قرار گیرد، چرا که توجه صرف به جنبه جسمی و فیزیکی در مراقبت از این بیماران، مانع از دستیابی به هدف کل گرایانه مراقبت می‌شود. هاوو آگاهی از مفاهیم مورد نظر بیماران از سلامتی را برای ایجاد رویکردهای بررسی و استراتژی‌های مداخله‌ای که قابل قبول بیماران باشد مهم شمرده و توجه به آن را در برنامه‌ریزی‌های مراقبتی برای ایجاد سلامت در ابعاد مختلف جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی در بیماران ضروری می‌داند. از دیدگاه او مفاهیم بیماران مزمن از سلامت، تأثیر مهمی بر رفتار بهداشتی آن‌ها، رفتارهای پیگیری مراقبت بهداشتی و پذیرش مداخلات درمانی و پیشگیری توسط این بیماران دارد (۱۷). پولن و همکاران هم بیان می‌کنند که تعریف افراد از سلامت قویاً بر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی توسط ایشان اثر می‌گذارد (۱۸). بنابراین درک این مفهوم از دید بیماران می‌تواند کمک موثری بر افزایش سطح سلامت آن‌ها باشد.

نکته دیگری که در این مطالعه جلب توجه کرد این بود که

می‌دونم. شاید این بیماری حتماً باید تو من می‌بود تا از نظر غذایی، شیرینی و چیزای دیگه رژیم بگیرم" (شرکت کننده ۱۹).
بعد اجتماعی:

از ابعاد دیگر مطرح شده در تعریف سلامت، بعد اجتماعی بود. این بعد شامل حفظ تعاملات اجتماعی، ارتباطات خانوادگی و شرکت در فعالیت‌های اجتماعی و فرهنگی بود. توانایی برقراری ارتباط با دیگران در سلامت، مهم دانسته شد. بسیاری از شرکت کننده‌ها معتقد بودند که وجود بیماری جسمی نباید باعث انزوا و گوشه‌گیری آن‌ها و جدائی از خانواده و دوستان شود. همچنین داشتن فعالیت‌های اجتماعی را عاملی برای فراموش کردن بیماری و در نتیجه احساس سلامتی بیشتر می‌دانستند. حمایت‌های خانواده و سیستم بهداشتی و درمانی نیز دلگرمی زیادی برای پذیرش بیماری بود.

"بعد از ظهرها میرم بیرون از خونه و قبل از ظهرها هم خودمو با کارای خونه مشغول می‌کنم. موندن تو خونه باعث می‌شه روحیم خراب به شه، برای همین میرم می‌گردم، خونه دوستان میرم یا کسی می‌آد خونمون. میرم بیرون، پارک میرم، گلهارو نگاه می‌کنم، پیاده روی می‌کنم و غروب برمی‌گردم خونه. تو خونه تنها موندن حال آدمو بدتر می‌کنه و تو اینجور مواقع احساس می‌کنم قندم می‌ره بالا" (شرکت کننده ۲۰).

فقدان بیکاری، گرانی و بی‌بندوباری‌های اجتماعی نیز از شاخص‌های مهم اشاره شده در سلامت اجتماعی از دیدگاه زنان دیابتی شرکت کننده در مطالعه بود.

"الان همه یه مشکلی دارن. این همه فشار و مشکل که تو جامعه هست باعث شدن که آدم مریض به شه. وقتی گرونی و بیکاری باشه آدم از بچه‌هاش شرمند می‌شه، نمی‌تونه چیزایی که اونا میخوان رو فراهم بکنه، اینا بزرگ‌ترین فشار برای روحیه آدمه. با این همه فشار، همه مریض می‌شن" (شرکت کننده ۲۲).

تعریف شرکت کنندگان از سلامت در این مطالعه تحت تأثیر زیاد زمینه‌های فردی بوده به طوری که هر فردی بر اساس مشکلاتی که با آن گریبان گیر بود سلامتی را تعریف کرده است. به عنوان مثال افرادی که زمینه‌های مذهبی بالاتری داشتند بیشتر بر بعد معنوی سلامت تأکید کرده و آن را مهم‌تر از سایر ابعاد سلامتی دانستند یا افرادی که از مشکلات اقتصادی در خانواده و یا از بیکاری فرزندان خود رنج می‌بردند بیشتر تأکیدشان بر جنبه‌های اجتماعی و روانی سلامت بود و افرادی که درگیر مشکلات جسمانی متعدد بودند، سلامت جسمی را در اولویت تعریف خود قرار دادند. با این حال چیزی که در تمام مصاحبه‌ها بر آن تأکید شد این بود که علی‌رغم اینکه اکثر شرکت کنندگان به تأثیر متقابل جسم و روح در سلامت اشاره داشتند اما سلامت روحی و روانی را مهم‌تر از سلامت جسمی دانسته و آن را در تحمل مشکلات مختلف اعم از جسمی، اجتماعی و معنوی، مهم ارزیابی می‌کردند. در مطالعه هجلم و همکاران که باورهای زنان دیابتی عرب، یوگسلاو و سوئدی مقیم سوئد را در مورد سلامت و بیماری مطالعه کرده، نتایج نشان داد که بیشتر عرب‌ها بر خوشی روانی و تطابق با بیماری دیابت تأکید داشتند (۷).

یک جنبه کلیدی در سلامت زنان دیابتی بدون توجه به زمینه‌های فردی، مسئله عدم احتیاج به دیگران و توانایی انجام کارهای خود بود که تقریباً تمامی شرکت کنندگان در مطالعه با تأکید بیشتر به آن اشاره کرده و آن را مهم‌ترین خواسته خود می‌دانستند و آرزو می‌کردند که تا پایان عمر قادر به انجام مستقل کارهای خود باشند و به کسی محتاج نشوند و حتی مرگ را بر نیازمندی به دیگران ترجیح می‌دادند. این مسئله در مطالعه دامرون- رودریگز و همکاران با عنوان تعریف سلامت در گروه‌های مختلف سالمندان مشهود است، به طوری که افراد شرکت کننده در آن مطالعه نیز بر توانایی انجام کارهای خود به عنوان یکی از نکات مهم در احساس سلامتی توجه کرده‌اند (۱۶). فاگرلیند هم

به تم توانایی طبیعی انجام کارهای خود بدون نیاز به دیگران به عنوان یکی از تم‌های مطالعه در درک بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئید از سلامت، دست یافته است (۱۹).

اکثر شرکت کنندگان مدعی بودند در زمانی که علائم یا عوارض بیماری در آن‌ها بروز نکرده احساس سلامتی می‌کنند و وقتی احساس می‌کنند قند خونشان بالا رفته یا علائم بیماری در آن‌ها ظاهر شده بیماری خود را جدی گرفته، رژیم غذایی خود را به دقت رعایت کرده، ورزش می‌کنند و به پیاده روی می‌پردازند و بعد از مدتی که احساس می‌کنند علائم برطرف شده بیماری را فراموش کرده و مجدداً به حالت اولیه خود یعنی به حالت قبل از بیماری از نظر تغذیه و فعالیت بر می‌گردند. به عبارت دیگر علائم ناشی از تغییرات قند خون، پیوستگی افراد را به رژیم و ایجاد تغییرات در شیوه زندگی افزایش داده و زمانی که علائم از بین می‌روند احساس آسیب پذیری در بیماران کمتر شده و برگشت به رفتارهای قبلی بیشتر می‌شود. مطالعه فولادی با عنوان درک فرایند اعتلای سلامت در بیماران مزمن هم نشان داد که پذیرش رژیم تجویزی در اکثر بیماران در اوایل بیماری که فرد در مرحله بحرانی خود قرار دارد وجود داشته و بیماران برای مدت نه چندان طولانی، خود را ملزم به رعایت رژیم غذایی مطابق با توصیه‌ها می‌دانند و پس از مدتی عدم رعایت رژیم غذایی در بیماران مشاهده شده و به رژیم غذایی قبل از بیماری گرایش می‌یابند (۲۰).

در این مطالعه شرکت کنندگان به ابعاد مختلف سلامت توجه داشته و صرف نداشتن بیماری جسمی و محدودیت‌های فیزیکی ناشی از آن را نشانه سلامتی ندانستند. توجه بیماران به ابعاد دیگر سلامت می‌تواند بیانگر این مسئله باشد که در صورت وجود محدودیت‌های فیزیکی ناشی از بیماری و عدم احساس سلامتی در بعد جسمی و ناتوانی مداخلات درمانی در رفع کامل علائم جسمی بیماری، با انجام مداخله در سایر ابعاد سلامت می‌توان این امکان را

مشاوره‌ای، بیماران مزمن می‌توانند با وجود داشتن مشکلات جسمی، سلامت را در ابعاد دیگر درک نموده و احساس سلامتی کنند. برای رسیدن به این منظور، توجه به کلیت افراد در مراقبت‌ها لازم می‌باشد.

فراهم کرد تا بیماران بتوانند هم در بعد جسمی و هم در ابعاد دیگر، احساس سلامتی نمایند زیرا بر اساس اظهارات شرکت کنندگان در مطالعه، احساس سلامتی در ابعاد روانی، اجتماعی و معنوی می‌تواند بر احساس سلامتی در بعد جسمی نیز تأثیرگذار باشد. بنابراین با سازماندهی مناسب خدمات مراقبتی، آموزشی و

References:

- Hanninen J, Takala J, Keinanen-Kiukaanniemi S. Good continuity of care may improve quality of life in Type 2 diabetes. *Diabet Res and Clin Pract* 2001; 51: 21-7.
- Azizi F, Guoya MM, Vazirian P, Dolatshati P, Habbibian S. Screening for type 2 diabetes in the Iranian national programme: a preliminary report. *East Mediterr Health J* 2003; 9: 1122-27.
- Alberti GMM, Zimmet PZ. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Provisional report of a WHO Consultation. *Diabet Medic* 1998; 15: 539-53.
- Chan EA, Cheung K, Mok E, Cheung S, Tong E. A narrative inquiry into the Hong Kong Chinese adults' concepts of health through their cultural stories. *Int J Nurs Stud* 2006; 43: 301-9.
- Gentili P, Maldonato A, Grieco R, Santini A. Influence of patients' representations and beliefs about diabetes and its treatment on their adherence to therapy. *Diabetes NutrMetab* 2001; 14: 140-52.
- Hjelm K, Nambozi G. Beliefs about health and illness: a comparison between Ugandan men and women living with diabetes mellitus. *Int Nurs Rev* 2008; 55: 434-41.
- Hjelm K, Bard K, Nyberg P, Apelqvist J. Religious and cultural distance in beliefs about health and illness in women with diabetes mellitus of different origin living in Sweden. *Int J Nurs Stud* 2003; 40: 627-43.
- Hjelm K, Bard K, Nyberg P, Apelqvist J. Beliefs about health and illness in men with diabetes mellitus of different origin living in Sweden. *JAN* 2005; 50: 47-59.
- Hjelm K, Nyberg P, Apelqvist J. Beliefs about health and illness essential for self-care practice: a comparison of migrant Yugoslavian and Swedish diabetic females. *JAN* 1999; 30: 1147-59.
- Department of Health. Diabetes research. Current and future research on diabetes: a review for the Department of Health and Medical Research Council. London: The Stationery Office; 2002.
- Thompson SJ, Gifford SM. Trying to keep a balance: the meaning of health and diabetes in an urban Aboriginal community. *Social Science & Medicine* 2000; 51: 1457-72.
- Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative. 3rd. Philadelphia: Lippincott Co; 2005.
- Van Manen M. Researching Lived Experience. Human science for an action sensitive pedagogy. Ontario: 2nd revised; 1997.
- Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic Inquiry. Newburg Park: Sage Publication; 1985.
- Ashabo NY. The Health Experiences of Low-Income Church-Going Black Women: The importance of spirituality [thesis]. Ontario, Canada: QueensUniv; 2007.
- Damron-Rodriquez J, Frank JC, Enriquez-Haass VL, Reuben DB. Definitions of Health among diverse groups of elders. Implications for health promotion. *Pub Heal and Agin* 2005; 29(2): 11-6.

17. Hwu YJ, Coates VE, Boore JR, Bunting BP. The concept of health scale: developed for Chinese people with chronic illness. *Nurs Res* 2002; 51(5): 292-301.
18. Pullen C, Walker SN, Fiandt K. Determinants of health-promoting lifestyle behaviors in rural older women. *Famil and Commun Heal* 2001; 24(2): 49-72.
19. Fagerlind H, Ring L, Brulde B, Feltelius N, Lindblad AK. Patients' understanding of the concepts of health and quality of life. *Patien Educ and Couns* 2010; 78: 104-10.
20. Fooladi N. Understanding health promotion in chronic patients and planning a suitable model [Dissertation]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2005.